Aus der Universitäts-Augenklinik Würzburg.
(Direktor: Geheimrat Professor Dr. Fr. Schieck.)

Über die in den Jahren 1930—1935 an der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg beobachteten Fälle von Iritis und Irodocyclitis, unter besonderer Berücksichtigung der Ätiologie!

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Walter Büchs
aus Schwingham (Ndb).

1937

Druckerei und Verlag wissenschaftl. Werke Konrad Triltsch, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent:

Geheimrat Professor Dr. Fr. Schieck.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MEINEM LIEBEN VATER
in Dankbarkeit und Verehrung gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549802_0192

Die Entzündung der Regenbogenhaut (Iritis) sowie des Ziliarkörpers (Cyclitis), die vielfach gleichartig und gleichzeitig auftreten (Iridocyclitis), wurden bisher auf Grund der im klinischen Bilde anatomisch sichtbaren Entzündungsbestandteile als seröse, fibrinöse und suppurative oder purulente Iritis bezeichnet. Da jedoch diese Unterscheidung nur in ganz geringem Maße ein Urteil über die Krankheitsursache gestattet, geht man in neuerer Zeit dazu über, die Iritiden und Iridocyclitiden nach ätiologischen Gesichtspunkten zu gruppieren. Die Frage nach der Ätiologie ist deshalb so ungeheuer wichtig, weil keine lokale Behandlung auf dauernden Erfolg rechnen kann, wenn nicht die Frage des Ursprungs der Erkrankung und damit der Behandlung des Grundleidens zum obersten Gesetz gemacht wird.

Eine Erklärung für die Mitbeteiligung des Auges und insbesondere der Uvea an vielen Infektionskrankheiten liegt darin, daß ihre entzündlichen Erkrankungen in engster Beziehung zu ihrem Blutreichtum stehen, das heißt, es sind die Entzündungen der Uvea vorwiegend metastatischen Ursprungs durch Verschleppung pathogener Keime. Deshalb gehört auch zur sicheren Diagnose der Iridocyclitis eine äußerst sorgfältige Allgemeinuntersuchung, bei der nicht nur auf akute, sondern ebenso auf überstandene und chronische Infektionskrankheiten, Exantheme, Erkrankungen der Zähne und der Nasennebenhöhlen, des Herz-Nieren-Gefäßsystems und besonders der akzessorischen Luftwege und der Hilusdrüsen, unter Zuhilfenahme aller modernen physikalischen, chemischen und serologischen Methoden geachtet werden muß, zumal es nicht selten vorkommt, daß erst die Augenerkrankung das zugrunde liegende Allgemeinleiden erkennen läßt, das bis jetzt unbemerkt oder verkannt blieb.

E. Krückmann unterscheidet anatomisch zwei Formen von Iritiden: die flächenhaft angeordnete und die herdförmige Iritis. Während man früher fast alle diffusen flächenhaften Iritiden unter dem Sammelnamen der „rheumatischen“ Iritis zusammenfaßte, wenn irgend welche Erkältungsursachen oder gar rheumatische Beschwerden vorlagen, so ermöglichen es heute die besseren Unter-

suchungsmethoden, in der Mehrzahl der Fälle Infektionskrankheiten dafür ausfindig und verantwortlich zu machen.

Nach W. Gilbert sind es „neben Polyarthritis rheumatica, Angina, Influenza, Masern, Scharlach, Erythema nodosum und Pneumonie, Typhus, Paratyphus, Ruhr, Amoebendysenterie, Rückfallfieber, Fleckfieber (E. Braunstein) Weil'sche Krankheit (E. Hertel), kurzum fast alle Infektionskrankheiten und daneben Furunkulose, Sepsis, verborgene Eiterungen, Tonsillen und Zahnleiden, sowie chronische und acute Entzündungen der Nasen-Nebenhöhlen".

Auch die Iritis diabetica sieht man heute nicht als Folgezustände der Stoffwechselstörung an, da den durch Diabetes bedingten Stoffwechselprodukten entzündungserregende Eigenschaften fehlen, sondern als Bakterienmetastasen, die durch das Grundleiden besonders begünstigt sind und ihrer Ätiologie nach in eine Reihe mit den übrigen Furunkulosen der Zuckerkranken zu stellen sind. Während als einzige echte Stoffwechselerkrankung wohl nur die gichtige Iritis angesehen werden darf, deren sichere Diagnose aber auch heute noch überaus schwer ist.

Zu der zweiten Form der Iritiden, die sich durch das Auftreten herdförmiger Erkrankungen auszeichnen, gehören Lues und Tuberkulose. Während jedoch auch die Lues, deren Diagnose seit Bestehen der Wassermann'schen Reaktion in fast allen Fällen sichergestellt werden kann, zuweilen diffuse Oberflächenentzündungen verursacht, nimmt die Iritis tuberkulosa fast ausschließlich herdförmigen Charakter an.

Es bleibt das Verdienst I. v. Michel's, als erster die Tuberkulose als Urheberin der meisten Iritiden bezeichnet zu haben. Nach ihm waren es vor allem Stock und Axenfeld, denen auf diagnostischem und therapeutischem Wege rasche und große Fortschritte in der Erforschung der Tuberkulose zu verdanken sind.

Unter Zuhilfenahme aller modernen Untersuchungsmethoden, der Tuberkulinreaktion, der Röntgendurchleuchtung sowie der Gulstrand'schen Spaltlampenuntersuchung gelang es dann Schritt für Schritt, immer mehr Iritiden tuberkulöser Ätiologie nachzuweisen, so daß heute die Tuberkulose in allen Statistiken die höchste Prozentzahl unter den Iritiden erreicht.

Die Tuberkulose der Uvea, welche die häufigste Form der tuberkulösen Augenerkrankungen darstellt, ist im allgemeinen die Folge einer schwelenden intrathorakalen Tuberkulose, von wo es dann zum Einbruch in die Blutbahnen kommt. Jedoch ist die Tuber-

kulose der Lunge meist nicht akut oder schwer — der Antagonismus zwischen Lungenaffektion und Augenerkrankung ist ja bekannt und von Werdenberg auf Grund von Beobachtungen an großem Krankenmaterial bestätigt — nie aber fehlt der Befund ganz.

Nach Ranke fällt die Augentuberkulose nicht in das I. (Primärkomplex) und in das III. Stadium (maligne Organtuberkulose) der tuberkulösen Infektion, sondern in das II. der hämatogenen Metastasierung und Überempfindlichkeit.

Schieck unterscheidet auch bei dem II. Stadium wiederum drei Phasen:

1.) Beginn der Abwehr, gekennzeichnet durch typische Knoten in der Iris in kaum gereizter Umgebung.

2.) Erreichung einer Immunität bis zur gesteigerten Allergie mit den Anzeichen einer toxischen Schädigung (Entzündung, Exsudat).

3.) Abklingen der entzündlichen Symptome, und eventuelles Entstehen von torpiden Knötchen infolge der erworbenen Widerstandsfähigkeit.

Es handelt sich aber auch bei diesem System, das die tub. Augenerkrankung in das Gesamtkrankheitsbild einzugliedern versucht, häufig um fließende Übergänge und Mischformen.

Neben der subkutanen Einspritzung des Alttuberkulin Koch als bestem und sicherstem diagnostischem Verfahren ist zur Sicherstellung der Ätiologie, wie uns Werdenberg bewies, eine ganz genaue, fachärztliche, röntgenologische Untersuchung, auch auf geringste pathologische Veränderungen der Lunge und besonders der Hilusdrüsen unumgänglich, um die geeignete Behandlung einleiten zu können. So wurde auch bei allen hier statistisch festgelegten Fällen von Iridocyclitis tuberkulosa dieses Gesetz an der hiesigen Klinik auf das genaueste eingehalten. Allerdings ist diese Untersuchung nur bei längerem Klinikaufenthalte möglich, weshalb in dieser Arbeit nur die stationären und keine ambulanten Fälle berücksichtigt werden konnten. Solange es aber immer wieder Patienten gibt, die sich vorzeitig — gegen ärztlichen Rat — der Behandlung und damit der Beobachtung entziehen, solange wird auch die relativ hohe Zahl der Iritiden mit „unbekannter Ätiologie“ aus keiner Statistik zu bannen sein.

In den letzten 5½ Jahren (1930 mit Juni 1931) wurden an der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg insgesamt 207 Fälle von Iritis und Iridocyclitis klinisch behandelt. Einen Überblick über die Häufigkeit der wichtigsten ursächlichen Leiden, die zu einer Iritis oder Iridocyclitis führen können, gestattet folgende Tabelle der 207 an der Würzburger Augenklinik auf ihre Ätiologie genau durchforschten Fälle:

Tuberkulose (sichere)	66	78	31,88%	37,7%
Tuberkulose (wahrscheinliche)	12		5,83%	
Rheumatisch	8	=	3.86%	
Lues	5	=	2,41%	
Gonorrhoe	2	=	0,96%	
Zahnleiden	7	=	3,36%	
Nasennebenhöhlen	5	=	2,41%	
Diabetes	2	=	0,96%	
Herpes corneae	5	=	2.41%	
Trauma (ektogen)	17	=	8,21%	
Ulcus corneae (ektogen)	8	=	3,86%	
Grippe	3	=	1,45%	
Chr. Meningitis mit sept. Exanthem.	1	=	0,48%	
Nach Staroperationen	4	=	1,93%	
Nach Keratitis	4	=	1,93%	
Furunkulose	2	=	0,96%	
Angina	5	=	2,41%	
Acute Pneumonie	1	=	0,48%	
Trombose der Centralvene	1	=	0,48%	
Leichte Sepsis	1	=	0,48%	
Unbekannt	48	=	23,19%	

Um nun eine Kontrolle der Häufigkeit der einzelnen Genesen an der hiesigen Klinik zu erhalten, ist es unumgänglich, einen Vergleich mit anderen Statistiken anzustellen. Es sei eine Aufstellung von Gilbert angeführt, der 500 Fälle von Iritis auf ihre Ätiologie hin geprüft hat:

Tuberkulose (sichere und wahrscheinliche)	228	=	45,6%
Lues	83	=	16,6%
Rheumatismus	15	=	3,0%

Gonorrhoe		15 =	3,0%
Milde Sepsis		3 =	0,6%
Furunkulose und Diabetes		4 =	0,8%
Zahnleiden		6 =	1,2%
Siebbeineiterungen		2 =	0,4%
Angina		6 =	1,2%
Peliosis rheumatica		1 =	0,2%
Influenza		8 =	1,6%
Pneumonie		3 =	0,6%
Erysipel		2 =	0,4%
Meningitis epidemica		1 =	0,2%
Typhus	infektiöse Darmkrankheiten:	1	
Ruhr		2	
Paratyphus		1	= 5 = 1,0%
Acute Enteritis		1	
Weil'sche Krankheit		2 =	0,4%
Herpes zoster / Herpes Iritis		15 =	3,0%
Vaso- und Nephrosklerose		5 =	1,0%
Gicht		5 =	1,0%
Heterochromie		4 =	0,8%
Unbekannt		87 =	17,4%

Mit Ausnahme der größeren Werte für Tuberkulose, Gonorrhoe und Lues, sowie der kleineren Werte für Zahnleiden und Nasennebenhöhlenaffektionen, zeigt der Vergleich im Grunde genommen keine allzugroßen Unterschiede in der Verteilung.

Daß die Entzündungen der Uvea in jedem Lebensalter vorkommen, jedoch das jugendliche und mittlere Alter bevorzugen, zeigt folgende Zusammenstellung mit einem deutlichen Gipfel zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre:

10	Kranke	= 4,8%	waren unter	10	Jahre	alt	
22	„	= 10,6%	zwischen	10	und 20	Jahren	
39	„	= 19,0%	„	20	„ 30	„	
38	„	= 18,3%	„	30	„ 40	„	
31	„	= 15,0%	„	40	„ 50	„	
29	„	= 14,0%	„	50	„ 60	„	
27	„	= 13,0%	„	60	„ 70	„	
9	„	= 4,3%	waren über	70	Jahre	alt	

Von den insgesamt 207 an Iritis erkrankten Patienten

überwog das weibliche Geschlecht mit 111 = 54%
gegenüber dem männlichen mit . . . 96 = 46%

Gilbert erklärt dieses Vorwiegen des weiblichen Geschlechtes — besonders bei der doppelseitigen chron. Uveitis — an zwei Lebensabschnitte, nämlich die Pubertät und das Klimakterium gebunden. In dieser Zeit wird der ganze „weibliche Organismus mehr als sonst von den Entwicklungs- und Rückbildungsvorgängen des Geschlechtsapparates in Anspruch genommen und geschwächt", so daß der Tuberkulose und anderen Schädlichkeiten kein genügender Widerstand geboten werden kann.

Die Erfahrung lehrt auch das ziemlich häufige doppelseitige Auftreten der Regenbogenhautentzündungen. In den hier beschriebenen 207 Fällen waren:

In 56 Fällen = 27,0% nur das rechte,
„ 67 „ = 32,4% nur das linke,
„ 84 „ = 40,6% waren beide Augen befallen.

Der überragenden Bedeutung wegen, die in der Ätiologie der Regenbogenhautentzündungen gerade im Maintal und in Franken der Tuberkulose zukommt, seien noch folgende Zahlen angefügt:

Von den 76 Tuberkulosefällen der Würzburger Univ.-Augenklinik entfielen auf Männer: 32 = 42%, auf Frauen 44 = 58%, und zwar war die Tuberkulose lokalisiert: bei den Männern in 3 Fällen auf dem rechten, in 8 Fällen auf dem linken und in 21 Fällen auf beiden Augen. Bei den Frauen in 4 Fällen auf dem rechten, in 13 Fällen auf dem linken und in 27 Fällen auf beiden Augen. Übereinstimmend mit Gilbert zeigt auch hier das Überwiegen der doppelseitigen Iridocyclitis bei den Frauen die Berechtigung seiner Erklärung hierfür.

Eine Zusammenstellung über die Ätiologie in den verschiedenen Altersstufen ergibt:

0—10: **4 Tuberkulose,** 1 Angina, 1 Trauma, 1 Lues.
11—20: **12 Tuberkulose,** 2 Lues, 1 Rheuma, 1 Trauma, 1 Zahnleiden.
21—30: **21 Tuberkulose,** 1 Lues, 1 Gonorrhoe, 2 Trauma, 2 Grippe, 2 Herpes, 2 Zahnleiden, 1 Rheuma, 1 Angina, 1 Keratitis, 1 Meningitis.

31—40: **16 Tuberkulose,** 1 Lues, 2 Rheuma, 2 Zahnleiden, 5 Trauma, 1 Herpes, 1 Keratitis, 1 Grippe.
41—50: **12 Tuberkulose,** 5 Trauma, 3 Rheuma, 2 Nasennebenhöhlen, 1 Angina, 2 Ulcus corneae.
51—60: **10 Tuberkulose,** 1 Lues, 2 Ulcus corneae, 1 Trauma, 1 Zahnleiden, 1 Nasennebenhöhlen, 2 nach Staroperation, 2 Keratitis, 1 Furunkulose.
61—70: **2 Tuberkulose,** 2 Trauma, 2 Diabetes, 1 Zahnleiden, 1 Herpes, 1 Ulcus corneae, 1 nach Staroperation, 1 Grippe.
über 70: **1 Tuberkulose,** 2 Nasennebenhöhlen, 2 Herpes, 1 Trauma.

Auch bei der Tuberkulose zeigt der eindeutige Gipfel die Bevorzugung des 20. bis 30. Lebensjahres. Jedoch im Gegensatz zu Gilbert, der für die Iridocyclitis im Kindesalter vor allem die Auswirkungen der kongenitalen Lues und dann die Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach und Meningitis verantwortlich macht, geht aus obiger Aufstellung hervor, daß auch hierin örtlich-klimatisch bedingte Verschiebungen im Auftreten bestimmter Gruppen von Iritiden möglich sind. 1 Lues bei 4 Tuberkulose zeigt das reziproke Verhältnis für die Würzburger Klinik.

Die relativ sehr hohe Zahl der im 2.—4. Lebensjahrzehnt durch Trauma verursachten Regenbogenhautentzündungen läßt sich bei der gemischten ländlichen und städtischen Bevölkerung als Folge der Berufstätigkeit und ihrer vielseitigen Gefahren für das Auge erklären; zumal ausschließlich Männer davon betroffen werden.

Als eine im Ablaufe einer Iridocyclitis des öfteren auftretende vorübergehende, in schweren Fällen aber auch oft sehr ernste Komplikation, wurde in 16 Fällen ein Sekundärglaukom beobachtet, das gerade bei der Iridocyclitis durch das Mißverhältnis der erhöhten Exsudation einerseits, andererseits aber der Verkleinerung der Abflußwege (Schlemm'scher Kanal) bedingt ist, die häufig durch das abgesonderte zahlreiche Exsudat verstopft werden. Ein besonderer Fall trat nach Trombose der Zentralvene auf. Die Therapie führte bei fast allen Fällen durch Miotika oder Vorderkammerpunktion zum Erfolge, bis auf 6 Fälle, bei denen eine Iridektomie, und einen besonders schweren, bei dem die „Enucleatio bulbi" notwendig wurde.

Ungefähr den gleichen Prozentsatz an Fällen von Drucksteigerung, nämlich 7 unter 82 Iritiden, beobachtete Fasselová bei sog. Iritis serosa. Die Drucksteigerung bewegte sich zwischen 30

bis 40 mm Hg und überstieg nur in einem Falle diesen Wert. Der Ätiologie nach handelt es sich meist um solche rheumatischen Ursprungs.

Eine Erfolgsstatistik, bemessen nach dem Grad der erreichten Sehschärfe, zeigt folgende Verteilung:
Von den 207 Fällen wurden in:

54	Fällen	= 26,1%	die volle Sehschärfe erreicht
27	„	= 13,0%	$^5/_7$ der vollen Sehschärfe erreicht
62	„	= 30,0%	konnte die Sehschärfe weitgehend gebessert werden.
28	Fälle	= 13,5%	blieben gleich, und
20	„	= 9,6%	verschlechterten sich.
In 16	Fällen	= 7,8%	war der Erfolg unbekannt.

Es konnte also in rund 70% der behandelten Iritiden vollkommene Heilung oder doch weitgehende Besserung erzielt werden. Auch die 9,6% der Augen, deren Sehkraft abnahm, sind objektiv betrachtet noch zu hoch angerechnet, da in 9 Fällen die Patienten — gegen ärztlichen Rat — die Klinik ungebessert verließen. Weiterhin traten in 3 Fällen Glaskörpertrübungen auf; in 3 Fällen war schon Amaurose bei Eintritt in die Klinik vorhanden. Von den 5 später aufgetretenen Amaurosen war eine durch Exstirpation eines retrobulbären Tumors bedingt. Ferner mußte an drei Augen eine Exenteratio bulbi vorgenommen werden.

In der Therapie der Iritiden im allgemeinen und der Iridocyclitis tub. im besonderen werden in jüngster Zeit natürlich immer wieder neue Wege versucht und begangen. Neben den bisher üblichen Blaulichtbestrahlungen, Wärmelampen, Kopflichtbädern, Röntgenbestrahlungen usw. scheint in der Strahlentherapie besonders die Diathermie, die bis jetzt als noch nicht genügend durchprobiert galt, etwas mehr Beachtung zu verdienen.

Cepero und Comas berichten über 263 Falle allgemeiner Augenerkrankungen und im besonderen über 57 Iritiden verschiedenster Art, die sie mit Diathermie behandelten. In keinem der Fälle war die Behandlung schädlich, sondern sie haben sogar gefunden, „daß kein anderes Behandlungsverfahren fähig ist, die gleichen ausgezeichneten Ergebnisse zu erzielen, wie wir sie in jedem Falle in kurzer Zeit beobachteten, in Gestalt einer merklichen subjektiven und objektiven Besserung!". Durchschnittlich wurden 7—10 Sitzungen beansprucht, und bei den meisten Fällen wurde neben der

Diathermie das Atropin, aber kein anderes Behandlungsverfahren angewandt. Dieser Erfolg ist nach den Verfassern nicht auf die Wärme, sondern auf die direkte Wirkung der Hochfrequenzwellen zurückzuführen. Durch die Stöße der Millionen Umwendungen des Diathermiestromes werden die kolloidalen intraprotoplasmatischen Mizellen in ungeheure Schwingungen versetzt und dadurch die lokalen Abwehrkräfte angeregt. —

In der Therapie der Uvealtuberkulose hat sich neben der unumgänglichen Allgemeinbehandlung des Grundleidens und des Gesamtkörpers, sowie den subkutanen Tuberkulinkuren und der Strahlentherapie, in den letzten Jahren vor allem die Eigenblutinjektion in die Vorderkammer nach Schieck allgemeine Anerkennung und viele erfolgreiche Anhänger in der ganzen Welt erworben.

Schieck berichtet über 15 Krankheitsfälle, die meist mit 2 Injektionen behandelt wurden. Immer bildeten sich Präcipitate und Kammerwassertrübungen sehr schnell zurück, vorhandene Knötchen verschwanden, das Auge wurde reizfrei; die meisten Fälle wurden über Monate beobachtet, so daß die Dauerhaftigkeit der Erfolge für diesen Zeitabschnitt nachgeprüft werden konnte. Schieck erklärt den Einfluß so, daß die meist guten imunbiologischen Eigenschaften des Blutes von Augentuberkulösen dem an Abwehrstoffen armen Kammerwasser übermittelt werden, das die Krankheitsherde umspült.

Serr hat seit Ende 1932 insgesamt 41 Patienten mit tuberkulöser Iritis mit dem Verfahren von Schieck behandelt. Es wurden an 52 verschiedenen Augen im ganzen 63 Injektionen vorgenommen. Nebenher wurde nur lokal behandelt (Atropin, warme Umschläge usf.). Dagegen wurde, um eindeutige Bedingungen zu schaffen, von jeder Allgemeinbehandlung Abstand genommen. Tuberkulin wurde aus diesem Grunde auch zu diagnostischen Zwecken nicht herangezogen. Bei 32 Augen wurde auf einmalige Eigenblutinjektion rasche Besserung des klinischen Befundes erzielt; 5 weitere Augen konnten noch durch wiederholte Eigenblutinjektionen eindeutig gebessert werden. Unter 34 über ein halbes Jahr kontrollierten Augen waren 23 ohne Rückfälle geblieben, darunter 14 länger als ein Jahr. Kein Erfolg wurde bei 10 Augen erzielt, ein Mal wurde Verschlechterung nach Eigenblutinjektion beobachtet. Von den 18 noch kein halbes Jahr beobachteten Augen waren bisher 14 gut geworden, 3 zeigten keine Besserung, 1 Verschlechterung.

An der Würzburger Augenklinik wurden von 1930 bis 1935 (Juli) 30 Fälle von tuberkulöser Uveitis mit insgesamt 38 Eigenblutinjektionen behandelt. Von diesen wurden 10 = 33,4% vollkommen geheilt, 11 = 36,6% weitgehend gebessert, 6 = 20% blieben unverändert und 3 = 10,0% verschlechterten sich trotz Eigenblutinjektionen durch späteres Auftreten von Glaskörpertrübungen.

Schließlich sei noch eine Krankengeschichte angefügt, die eindeutig eine, auch bei hartnäckigen und rückfälligen tuberkulösen Iritiden, günstige Einwirkung der Eigenblutinjektion in die Vorderkammer auf den Zustand des Auges nachweist:

Diagnose: Beiderseits Iridocyclitis tuberkulosa.

Anamnese: Das Augenleiden der 29jährigen Patientin besteht seit 1930 und wurde in den letzten Wochen von einem Spezialarzt mit Injektionen (?) behandelt.

Befund: Re.Auge: V.R.S = 2/30
Akute ziliare Injektion, Kammerwasser trüb, an der Hornhauthinterfläche massenhaft große und kleine Präzipitate.
Iris: Keine sichtbare Hyperämie, Stroma verwaschen, vereinzelte hintere Synechien; frische Knötchen bei 5^h. Leichter grauer Niederschlag auf der Linsenvorderfläche.
Li. Auge: V.L.S = 2/30
Das linke Auge bildet im wesentlichen dasselbe Bild wie rechts. Frische Knötchen bei 2^h. Reichliche Glaskörpertrübungen.

Verlauf:

19. IV. 32 Untersuchung in der med. Poliklinik. Auf Grund des Lungenbefundes wird kein Alttuberkulin gegeben. Abstrich: Re. ∅
28. IV. 32 Eigenblutinjektion.
30. IV. 32 Mäßige ziliare Injektion. 4 mm Hyphäma. Präzipitate nur noch schattenhaft zu erkennen. Im Pupillargebiet blutig-fibrinöser Niederschlag.
3. V. 32 Auge stärker gereizt. Fibrinniederschlag gering. Außerordentlich stark ausgeprägte Irishyperämie.
6. V. 32 Reizzustand unverändert stark. Präzipitate treten wieder stärker hervor, aber unvermehrt.
10. V. 32 Re. Auge blasser, sonst unverändert.
17. V. 32 Bds. geringe ziliare Injektion mit Zunahme der Präzipitate. Auch subjektive Verschlechterung, seit gestern.

21. V. 32 Rechts starke Beschwerden, starke Zunahme der Präzipitate. Irisgefäße sehr gefüllt.
23. V. 32 Abstrich li: frei.
24. V. 32 Li. Eigenblutinjektion.
26. V. 32 Starke Abnahme der Präzipitate. Blut resorbiert, Irishyperämie.
2. VI. 32 Auge blaß, sonst unverändert. Präzipitate nicht vermehrt.
5. VI. 32 Re. Abstrich: frei.
6. VI. 32 Re. Eigenblutinjektion (wiederholt).
7. VI. 32 Ciliare Injektion. Präzipitate bis auf geringe Reste resorbiert. Zarter Blutniederschlag im unteren Teil der Hornhauthinterfläche; auf der Linse etwas Fibrin.
11. VI. 32 Auge blasser, Blut vollkommen resorbiert, sonst unverändert.
28. VI. 32 Augen beiderseits blaß. Die Präzipitate zeigen beiderseits beginnende Resorbtion. V. R. = L S = 3/30.
16. VII. 32 Rechts weitere Abnahme der Präzipitate, während links dieselben sich wieder deutlich vermehrt haben und wieder in der Hälfte der Hornhauthinterfläche auftreten.
20. VII. 32 Links Abstrich: frei.
21. VII. 32 Ii. Eigenblutinjektion (wiederholt).
23. VII. 32 Bulbus etwas gereizt. Nur noch 2 mm Hyphäma. Iris hyperämisch.
25. VII. 32 Re. Auge: blaß-unverändert. L. Auge: Präzipitate haben abgenommen, erscheinen formlos und angefressen. Iris hyperämisch. — Gefäßneubildungen.
30. VII. 32 Beiderseits Auge blaß. Links Iris kaum noch hyperämisch. Befund sonst unverändert. 1 mal täglich Skopolamin-Salbe.
17. VIII. 32 Re. Auge: An der Hinterfläche der Cornea nur noch sehr wenige zarte Präzipitate. Kammerwasser klar. Iris: weist keine frische pathologische Veränderungen auf. Linse: klar, die Glaskörpertrübungen haben sich gut resorbiert.
Li. Auge: Auch hier Präzipitate in Zahl und Ausdehnung geringer; Iris reizlos, keine neuen pathologischen Veränderungen. Kammerwasser noch leicht getrübt. Linse klar. Glaskörpertrübungen gut resorbiert.

V. R. S = 5/25. V. L. S = 3/30. Binocular 5/20 p.
Mit Skopolamin-Salbe entlassen.

29. III. 33 V. R. S = 5/15. V. L. S = 5/15.
Augen beiderseits reizfrei.

23. IV. 35 Zur Kontrolle wiederbestellt.
V. R = L S = 5/7 p. Ni. 1!
Auge beiderseits vollkommen reizfrei.

Es zeigt also die Erfahrung der letzten Jahre, daß die Eigenblutinjektion in die Vorderkammer nach Schieck eine nicht geringe Bereicherung unserer Mittel im Kampfe gegen die tuberkulöse Iritis bedeutet.

Am Schlusse meiner Arbeit sei es mir noch gestattet, Herrn Geheimrat Professor Dr. Fr. Schieck für die freundliche Überlassung des Themas sowie die Übernahme des Referates meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Ehrenwörtliche Versicherung.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Abhandlung selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

Walter Büchs.

Literatur.

Cepero und L. Comas: „Die Diathermiebehandlung der Iritis." Zeitschrift für Augenheilkunde. 84. 211—15 (1934).

Fasselova: „Iritis und Drucksteigerung." Centralblatt für die gesamte Ophtalmie. Bd. 30 (1934).

Gilbert, W.: „Die Erkrankung des Uvealtraktus." Handbuch der gesamten Augenheilkunde. 472. Lieferung.

Irons, E. E.: „Die Ätiologie der chronischen Iritis." Centralblatt für die gesamte Ophtalmie. 28. (1933).

Gilbert, W.: „Die Erkrankung der Uvea." Kurzes Handbuch der Ophtalmol. von Schieck-Brückner, Bd. 5, 2.

Krückmann: „Über Ursprungstätten der Augentuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der intrathorakalen Verhältnisse." Centralblatt für Augenheilk., Bd. 21.

Schieck, Fr.: „Tuberkulöse Infektion und Augenleiden."

Schieck, Fr.: „Ophtalmologische Therapie." Zeitschrift für Augenheilkunde 83, S. 116 (1934).

Serr: „Klinische Erfahrungen über die therapeutische Eigenblutinjektion in die Vorderkammer bei tub. Iritis." Centr. f. d. ges. Ophtalm., Bd. 32 (Heidelberg) (1933).

Werdenberg, E.: „Über Lungenbefund bei Augentuberkulose." Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 78, Beilageheft 1927.

Lebenslauf.

Ich, Walter Büchs, wurde am 18. Juni 1910 zu Trier geboren als Sohn des Gutsverwalters Ludwig Büchs und seiner Ehefrau Eugenie, geb. Vorndran. Die Volksschule besuchte ich von 1916 bis 1920 in Aach bei Trier, und anschließend das Realgymnasium in Trier. Trat dann über auf die deutsche Auslandschule, Gymnasium „Stella Matutina“ in Feldkirch (Vorarlberg), wo ich im März 1930 das Reifezeugnis erwarb. Dem medizinischen Studium widmete ich mich, mit Ausnahme des S.S. 1935 (Königsberg), in Würzburg, wo ich auch im W.S. 1936/37 mein medizinisches Staatsexamen ablegte und anschließend zum Dr. med. promovierte.